FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE

D'OPÉRATIONS ET APPAREILS.

THÈSE

SUR LA QUESTION SUIVANTE:

DES OPÉRATIONS QUE RÉCLAMENT LES PLAIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN;



Présentée et soutenue le *février* 1841,

PAR LE Dr PHILIPPE BOYER,

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1841

1841. — 2. 1

COMPOSITION DU JURY.

Membres de la Faculté de Médecine.

MM. ANDRAL.
BRESCHET.
J. CLOQUET.
CRUVEILHIER.
GERDY.
MARJOLIN.
MOREAU
VELPEAU.

CHOMEL.
RICHARD.

Membres de l'Académie royale de Médecine.

MM. AMUSSAT.
BÉGIN.
GIMELLE.
LAGNEAU.
DE VILLENEUVE, SUPPLÉANT.

COMPÉTITEURS.

MM. A. BÉRARD.
BLANDIN.
P. BOYER.
CHASSAIGNAC.
HUGUIER.
LAUGIER.
LENOIR.

MM. MALGAIGNE.
MICHON.
ROBERT.
SANSON (Alph.).
SÉDILLOT.
THERRY.
VIDAL.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE

D'OPÉRATIONS ET APPAREILS.

QUESTION.

Des opérations que réclament les plaies de l'estomac et de l'intestin.

Si je bornais ma thèse au texte du sujet qui m'est proposé, je pourrais, simple narrateur, me contenter de décrire le manuel des opérations que réclament les plaies de l'estomac et de l'intestin, et, rétrécissant encore mon œuvre, donner au mot *plaie* son acception grammaticale, qui veut que la plaie soit toute solution de continuité récente et sanglante. Mais je crois qu'en agissant ainsi je répondrais mal aux intentions du jury devant lequel j'ai l'honneur de paraître, et je prendrai le sens de la question qui m'est échue par le sort dans toute son étendue possible, sans cependant m'écarter de

ce sens. Je m'estimerai heureux si j'ai compris la pensée de mes juges.

Sous le nom de *plaies de l'estomac et de l'intestin*, je renferme toutes les solutions de continuité de ces organes, quelles qu'en soient les causes.

Quoique cette définition m'ouvre un champ bien vaste, je saurai me modérer et m'arrêter. En effet, si je voulais m'étendre autant que le comporte ce sujet, je traiterais plusieurs points importants de médecine opératoire, que je serai forcé d'aborder; et tout en sachant mettre un terme à mon travail, je tâcherai de prouver que c'est volontairement et pour éviter la prolixité que je ne lui donne pas une plus grande étendue.

Je divise ma thèse en quatre parties.

Dans la première, j'étudie les causes, la direction, l'étendue, la forme des plaies de l'estomac et de l'intestin, et les phénomènes qu'elles présentent selon ces trois circonstances.

Dans la deuxième, je décris les méthodes et procédés opératoires proposés pour la guérison des plaies de l'estomac et de l'intestin.

Dans la troisième, je fais l'application de ces méthodes et procédés aux différentes plaies du tube digestif.

Dans la quatrième, j'en fais l'appréciation.

PREMIÈRE PARTIE.

DES CAUSES, DE LA DIRECTION, DE L'ÉTENDUE, DE LA FORME DES PLAIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN, ET DES PHÉNOMÈNES QU'ELLES PRÉSENTENT.

Cette première partie comprend deux articles.

Dans le premier, je parle des causes des plaies de l'estomac et de l'intestin.

Dans le deuxième, je m'occupe de la direction, de l'étendue et de la forme des plaies, et de leurs phénomènes.

ARTICLE PREMIER.

DES CAUSES DES PLAIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN.

Trois ordres de causes peuvent occasionner une plaie de l'estomac et de l'intestin : 1° des causes vulnérantes agissant de dehors en dedans ; 2° des causes vulnérantes agissant de dedans en dehors ; 3° des causes produisant l'étranglement circulaire d'une portion ou de la totalité de la circonférence de l'intestin, et par suite la gangrène.

§ Ier.

Causes agissant de dehors en dedans.

Les causes vulnérantes qui agissent de dehors en dedans sont les instruments piquants, tranchants ou contondants.

Les instruments piquants, qui agissent sur les parois abdominales et pénètrent dans leur cavité, occasionnent souvent des plaies de l'estomac ou de l'intestin, contre lesquelles il n'y a rien à faire. En effet, si la paroi abdominale est simplement piquée, si les symptômes qui se manifestent sont généraux, et si rien ne peut faire présumer qu'une portion du tube digestif est intéressée plutôt qu'une autre, il faut se contenter des moyens thérapeutiques généraux. Mais si les symptômes existants font distinguer la lésion de l'estomac par la sortie des aliments ou des boissons, celle de l'intestin grêle par la sortie des matières chyleuses ou bilieuses, celle du gros intestin par la sortie des matières fécales, faut-il pratiquer la gastrotomie pour aller chercher le viscère blessé et lui faire une opération? C'est un point de doctrine que j'examinerai dans le chapitre suivant.

Lorque la plaie abdominale est faite par un instrument tranchant, qui, après avoir largement ouvert le ventre, intéresse l'estomac ou l'intestin, il

faut pratiquer une opération pour oblitérer l'un ou l'autre de ces viscères.

Les instruments contondants qui portent leur action sur le ventre sont des instruments contondants ordinaires, ou des instruments contondants lancés par la poudre à canon. Les uns et les autres peuvent ne pas ouvrir la cavité abdominale, ou, faisant une plaie à ses parois, pénétrer dans son intérieur. Dans le premier cas, la prudence exige que le chirurgien borne son traitement à l'emploi des moyens thérapeutiques généraux ; cependant j'examinerai plus bas si on devrait avoir recours à la gastrotomie dans une circonstance de ce genre. Dans le deuxième cas, la conduite doit être différente selon la nature de l'instrument vulnérant : si c'est un instrument contondant ordinaire, et si la contusion n'est pas très-violente, on peut tenter une opération pour guérir la plaie du viscère blessé; mais si la contusion est très-forte, ou si elle est le résultat de l'action d'un corps contondant lancé par la poudre à canon, il faut être très-réservé, parce que si on pratiquait une opération on pourrait agir sur des parties qui sont mortifiées, et faire ainsi une manœuvre inutile.

§ II.

Causes qui agissent de dedans en dehors.

Les causes qui agissent de dedans en dehors peu-

vent être introduites par la bouche et par l'anus, ou développées dans le tube digestif. Il est rare de voir ces causes être introduites de dehors en dedans par une plaie de la paroi abdominale, séjourner dans les voies digestives après la guérison des plaies qui ont permis cette introduction, et agir ensuite de dedans en dehors.

Les causes introduites par la bouche sont de deux ordres. Au premier, appartiennent tous les corps étrangers solides qui sont avalés : les uns passent inaperçus, comme les petits os, les arêtes de poissons, et autres petits corps ; ils traversent tout le tube alimentaire, et sont rejetés avec les excréments ; quelques-uns n'ont d'action que lorsque, retenus par les plis transversaux du rectum, ils produisent l'inflammation de ce viscère et la fistule stercorale. Les autres, plus volumineux, peuvent être arrêtés d'abord dans l'œsophage et poussés dans l'estomac, parce qu'on ne peut les extraire, ou arriver de suite dans ce viscère, et occasionner des accidents par leur présence, soit dans cet organe, soit dans les intestins où ils pénètrent. Ils peuvent produire une irritation aiguë, qui, décelant leur présence, engage le chirurgien à la gastrotomie ; ou bien, produisant une irritation lente, faire naître l'inflammation et l'adhérence des parties, et donner lieu à un abcès dont l'ouverture laisse sortir le corps étranger. Le dernier cas nous importe peu, parce que les adhérences qui se sont établies alors font une route au corps étran-

ger et le portent au dehors. Le cas qui doit seul nous intéresser est celui où le corps, faisant saillie dans l'estomac ou l'intestin, présente l'indication de l'extraire, parce qu'il s'agit de décider si on doit pratiquer ou non la gastrotomie. Il faut donc prouver l'innocuité de la plaie de ce viscère, et la possibilité de sa guérison prompte : c'est ce que je ferai plus tard. Dans le deuxième ordre, je range les substances minérales et végétales, solides ou liquides, qui, introduites dans l'estomac et l'intestin, le rongent, le détruisent, et font, par conséquent, une plaie intérieure. Ces solutions de continuité étant au-dessus des ressources de l'art n'appartiennent nullement à notre sujet.

Les causes introduites par l'anus sont rares; elles produisent des plaies de ce viscère qui guérissent promptement, ou donnent lieu à des fistules stercorales. Il est un genre de lésion qui a été observé plusieurs fois depuis quelques années, et dont on ne rencontre pas d'exemples dans les anciens écrivains : c'est la lésion du rectum par la canule d'une seringue. L'introduction du liquide poussé dans le tissu cellulaire peut occasionner des accidents mortels, ou au moins très-graves, si la quantité injectée est petite.

Les vers intestinaux et les ulcères, qui peuvent perforer l'estomac ou l'intestin, produisent des lésions au-dessus des ressources de l'art.

§ III.

Causes produisant l'étranglement circulaire d'une portion ou de la totalité de la circonférence de l'intestin, et par suite la gangrène.

Les causes produisant l'étranglement circulaire et la gangrène peuvent avoir leur siége dans l'épaisseur des parois de la cavité abdominale, ou à l'intérieur de cette cavité. Les premières sont toutes les ouvertures naturelles ou accidentelles de ces parois; les secondes sont les brides accidentelles formées dans le péritoine, ou les perforations de l'épiploon ou du mésentère.

Ces diverses causes agissent rarement sur l'estomac, mais très-souvent sur les intestins dans les hernies : aussi est-ce surtout pour la gangrène dans les hernies que des opérations chirurgicales ont été proposées, et que la sagacité des chirurgiens modernes s'est évertuée; tandis que nous voyons les chirurgiens de l'antiquité et du moyen âge s'occuper des plaies des intestins par violence extérieure, parce que probablement elles étaient alors plus fréquentes à cause de l'usage des armes blanches.

Il est une cause de gangrène assez rare; c'est la compression de l'intestin contre le pubis pendant l'accouchement.

ARTICLE II.

DE LA DIRECTION, DE L'ÉTENDUE ET DE LA FORME DES PLAIES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS, ET DE LEURS PHÉNOMÈNES.

La direction et l'étendue des plaies de l'estomac et de l'intestin produisent de grandes différences dans les phénomènes qu'elles présentent et dans les formes qu'elles affectent; elles en apportent aussi dans le choix des opérations à pratiquer : ainsi je crois nécessaire de les étudier.

Les plaies par instruments piquants sont celles qui n'ont pas plus de 6 à 10 millimètres d'étendue : au delà, elles doivent être rangées dans les plaies par instruments tranchants; au-dessous, elles n'ont ni direction, ni étendue : ce sont des piqûres. Elles offrent des phénomènes qui peuvent dispenser de toute opération. En effet, quand on fait, sur un animal vivant, une ponction de cette grandeur, les tuniques séreuse et musculeuse se rétractent, et la muqueuse, formant une hernie à travers elles, vient boucher la plaie : on conçoit qu'alors on peut abandonner cette plaie à elle-même. Le grand nombre de plaies d'intestin guéries spontanément vient appuyer cette opinion. Ordinairement, dans ces cas, la paroi abdominale n'est percée elle-même que par l'instrument piquant, et alors la

théorie de Petit le fils sur les obstacles aux épanchements dans l'abdomen trouve son application. Mais quand la paroi abdominale, largement ouverte, laisse sortir un intestin piqué, faut-il l'abandonner à lui-même sans opération ? Je ne le pense pas : ici nous n'avons pas la résistance des parois abdominales et des organes voisins ; la membrane muqueuse, quoique herniée, pourrait laisser passer les matières contenues dans ce viscère. Je crois que si un cas de ce genre se présentait, il faudrait, avant de réduire l'intestin et de faire la gastroraphie, appliquer sur la plaie un point de suture ou une ligature.

Quand la plaie est faite par un instrument tranchant, les phénomènes sont différents, selon la direction transversale, longitudinale ou oblique de la plaie, et selon l'organe lésé. Les phénomènes sont plus apparents dans l'intestin grêle que dans l'estomac et le gros intestin.

Dans les plaies transversales, l'écartement des bords, le boursouflement et le renversement de la membrane muqueuse sont en raison de l'étendue de la solution de continuité. Si la section comprend tout l'intestin, le boursouflement et le renversement sont portés au point qu'ils forment, sur la face péritonéale de l'intestin, comme un parement de manche d'habit. Les lèvres de la plaie, en s'écartant, lui donnent une forme plus ou moins arrondie ou allongée selon son étendue. Lorsque l'intestin est complétement co. pé, les extrémités présentent des mou-

vements alternatifs de contraction et de dilatation en rapport avec le mouvement péristaltique des intestins.

Dans les plaies longitudinales, l'écartement des bords, qui est en raison de l'étendue de la plaie, lui donne toujours une forme elliptique très-allongée, et dont les extrémités sont constamment aiguës. Le renversement et le boursouflement de la membrane muqueuse, moins marqués que dans les plaies en travers, sont plus considérables au milieu. Il n'y a pas de mouvements alternatifs de dilatation et de contraction.

Dans les plaies obliques, il y a une modification des phénomènes d'écartement des bords, de renversement et de boursouflement de la membrane muqueuse, en raison des rapports de l'obliquité avec le sens transversal ou longitudinal de l'intestin.

Expériences.

J'ai pris un chien vivant, de petite taille, bien nourri, et ayant mangé depuis peu de temps; j'ai fendu la paroi abdominale depuis le pubis jusqu'au sternum : l'estomac et les intestins se sont échappés de la cavité abdominale.

1° J'ai piqué l'intestin près de son extrémité intestinale : la membrane muqueuse a formé un boursouflement très-léger, en cul de poule. Il a été facile de faire rentrer cette partie boursouflée, et de mettre en rapport les bords de la membrane sé-

reuse; je crois même que la sortie de la membrane muqueuse a été due au défaut de résistance contre les lèvres de la division, car elle n'a pas eu lieu immédiatement.

2° Ayant agrandi cette incision dans le sens du petit diamètre de l'estomac, les membranes séreuse et péritonéale se sont retirées, et la muqueuse a formé, par son boursouflement, une lèvre légèrement renversée.

3° Ayant incisé l'estomac dans une étendue de 3 à 4 centimètres dans le sens de son grand diamètre, la plaie a pris une forme elliptique; les bords de la membrane muqueuse se sont fortement renversés au milieu, peu aux extrémités; les aliments ont été poussés hors de l'estomac.

4° Ayant piqué un intestin grêle dans une étendue de trois à quatres millimètres, comme à l'estomac, la membrane muqueuse est sortie et a formé un cul de poule beaucoup plus apparent, qui pouvait être facilement rentré, mais qui avait une grande tendance à ressortir.

5° Ayant agrandi la piqûre et fait une incision dans le sens transversal d'une étendue de deux centimètres environ, les membranes séreuse et musculaire se sont écartées et ont laissé échapper la muqueuse, qui a formé une lèvre circulaire, qui s'est fortement renversée en dehors. Ce renversement paraissait dépendre tout à la fois de la constriction exercée par les deux premières membranes,

et par la tendance de la seconde à se retourner.

5° Ayant fait une plaie longitudinale de trois centimètres au moins, elle a pris une forme elliptique très-large au milieu, très-étroite aux extrémités. La membrane muqueuse se renversait fortement au milieu, peu aux extrémités. Les phénomènes de constriction des membranes séreuse et musculeuse et de tendance de la muqueuse à se renverser, étaient moins marqués.

7° Ayant fait des plaies obliques en différents sens, les phénomènes observés ont varié selon que je me rapprochais plus du sens transversal ou longitudinal, en raison de ceux qu'on observe dans les plaies faites dans ces directions.

8° Ayant coupé en travers le tube intestinal, les bouts de l'intestin se sont immédiatement contractés: la membrane muqueuse s'est renversée, et sa saillie allait en raison de la contraction de la membrane musculeuse. Celle-ci et la séreuse formaient un étranglement tellement prononcé, que les bouts de l'intestin prenaient la forme de certains champignons avec leur tige. La contraction est portée à un point tel dans le bout inférieur, que toute trace de canal disparaît, et que la membrane muqueuse semble former un tout continu, un bouchon placé à l'extrémité de l'intestin. Mais après une ou deux minutes au plus, cette contraction diminue, l'intestin, complétement ou presque complétement fermé, se rouvre; cependant le diamètre de cette ouverture est

beaucoup moindre que celui du tube intestinal. La membrane muqueuse, continuant à se renverser, forme sur la membrane séreuse un parement de trois à cinq millimètres, absolument semblable aux parements de velours d'une redingote. Les bouts de l'intestin commencent à laisser passer les matières liquides dès que la première contraction a cessé. Le bout inférieur se ferme toujours plus que le bout supérieur. Celui-ci offre des mouvements de contraction coïncidant avec des mouvements d'aspiration, de sorte qu'alternativement il rejette des liquides, et semble les repomper pour les rejeter de nouveau. Ce phénomène ne s'observe pas dans le bout inférieur : les liquides sortent par l'un ou l'autre bout, selon qu'ils se trouvent en plus grande quantité de l'un ou de l'autre côté. Ayant coupé un intestin grêle, près du cœcum, le bout inférieur seul a fourni des matières bilieuses, de sorte que je croyais avoir le bout supérieur. Ayant coupé l'intestin plus haut, le bout supérieur seul donnait issue aux matières liquides.

9° Les mêmes expériences, répétées sur le colon, ont donné les mêmes phénomènes, seulement moins marqués. Les matières fécales contenues dans cet intestin ont été rejetées en dehors quand je l'ai ouvert.

10° Le cœcum incisé n'a offert aucun phénomène particulier. La membrane muqueuse s'est très-peu renversée.

Je ne dis rien de la distance d'écartement d'un

intestin coupé en travers, parce qu'il est très-variable, et qu'aucune base n'est admissible pour fixer cette distance.

Ces essais comparatifs démontrent que les différences que présentent les plaies de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin, par des instruments piquants et tranchants, sont peu importantes, et qu'elles tiennent uniquement à celles qu'ils offrent dans leur structure. Ainsi la contraction beaucoup plus grande de l'intestin grêle dépend de ce qu'il a une membrane musculeuse composée presque entièrement de fibres circulaires. Le boursouflement et le renversement considérables de sa membrane muqueuse, dans les plaies en travers, viennent de sa longueur beaucoup plus grande dans cet intestin que dans l'estomac et le gros intestin : aussi trouvons-nous plus d'analogie dans leurs plaies longitudinales. Les mouvements péristaltiques m'ont paru plus marqués dans l'intestin grêle : cela vient-il de ce que l'animal sur lequel j'opérais était moins fatigué quand j'ai ouvert cette portion du tube digestif?

Dans les plaies avec perte de substance, les mêmes phénomènes sont observés.

Mais quand la perte de substance est le résultat d'une contusion ou de la gangrène, on ne remarque pas les mêmes phénomènes que dans les plaies par instruments tranchants. La raison de cette différence est simple : dans celles-ci, une section nette est pra-

tiquée; les membranes, détachées des liens qui les unissaient, sont abandonnées à leur mode d'action, et chacune devenue libre agit selon ce mode. Dans les premières, au contraire, l'action contondante mâchant les parties les maintient réunies, et la gangrène, agissant lentement, produit une inflammation qui les unit plus fortement encore que les liens naturels. C'est pour cela que, dans les plaies contuses et dans les hernies avec gangrène, nous voyons que toutes les membranes intestinales restent au niveau. Les plaies par déchirure et par arrachement rentrent dans la même catégorie, et nous lisons dans B. Travers que, dans ses expériences, il a vu une plaie déchirée n'être accompagnée que d'un renversement à peine sensible de la membrane muqueuse.

J'ai cru devoir faire observer que l'animal soumis à mes expériences avait l'estomac plein d'aliments dont la digestion était commencée, qu'il avait des matières liquides dans l'intestin grêle, et des matières fécales dans le gros intestin, parce qu'il existe des contradictions entre les expérimentateurs, et qu'elles me semblent tenir à l'état de vacuité ou de plénitude des organes digestifs.

J'ai fait ces expériences pour venir à l'appui de ce que j'ai dit sur les phénomènes qui se manifestent chez l'homme dans les plaies de l'estomac et de l'intestin.

DEUXIÈME PARTIE.

DES OPÉRATIONS QUE L'ON PRATIQUE DANS LES PLAIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN.

Les opérations que l'on pratique pour les plaies de l'estomac et de l'intestin doivent être divisées en deux classes : celles qui sont applicables aux plaies de l'estomac et de la portion de l'intestin correspondante à la paroi abdominale antérieure; celles qui sont applicables aux plaies de la partie inférieure du rectum et à l'anus.

Les premières sont celles sur lesquelles je m'étendrai, parce que je pense qu'elles appartiennent plus particulièrement à mon sujet. Je me contenterai d'indiquer les secondes.

ARTICLE PREMIER.

OPÉRATIONS APPLICABLES AUX PLAIES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS.

Les opérations doivent être rapportées à quatre méthodes :

La suture;
L'invagination;
La ligature;
L'autoplastie.

Par les trois premières, le chirurgien réunit les lèvres de la division.

Par la quatrième, il ferme la solution de continuité au moyen d'un lambeau de peau.

Mais avant de pouvoir appliquer sur l'intestin l'un ou l'autre de ces moyens thérapeutiques, deux opérations préalables peuvent être nécessaires, et je dois en parler. Ces opérations sont la gastrotomie, et l'ablation des portions d'intestin gangrenées.

Je ne m'étonne pas que les chirurgiens des siècles passés aient mis en doute si l'opération de la gastrotomie devait être pratiquée. Ignorant le mode de cicatrisation des muscles, ils devaient être arrêtés par cette pensée effrayante, qu'ils allaient ouvrir la cavité abdominale qu'ils auraient peine à refermer, et qu'ils allaient pratiquer des opérations sur des organes dont ils regardaient la blessure comme mortelle. Cependant ils avaient souvent des exemples de plaies des parois abdominales, et ils ne devaient pas perdre tous leurs blessés, à moins que les armes très-larges dont ils faisaient usage, et les combats corps à corps ne donnassent lieu à des blessures le plus souvent mortelles par la lésion des gros vaisseaux contenus dans le ventre. La lésion du péritoine leur semblait aussi tellement grave qu'elle devait les détourner de la gastrotomie. Néanmoins ils avaient plusieurs sortes de sutures pour les plaies de l'abdomen, ce qui prouve qu'ils en guérissaient,

et qu'ils cherchaient le moyen d'arriver plus aisément et plus sûrement à cette guérison. De plus ils pratiquaient l'opération de la hernie étranglée; ils agrandissaient la plaie des parois abdominales pour faire rentrer l'intestin sorti. Eh bien! malgré ces opérations, malgré la gastrotomie réelle qu'on fait journellement pour la hernie étranglée, nous voyons encore les chirurgiens de nos jours avoir quelque hésitation s'il s'agit de gastrotomie. Je ne crois pas que ce soit l'opération qui doive nous arrêter, c'est seulement la distinction de son opportunité ou de son inopportunité. Les ouvrages de chirurgie et les recueils d'observations renferment un assez grand nombre de cas de guérison de gastrotomie, pour que je ne croie pas nécessaire de les rapporter ici, afin de prouver son innocuité; d'ailleurs elle ne peut pas être plus grave que le plus grand nombre des opérations de hernies étranglées; je me contenterai donc d'examiner si on doit la pratiquer dans les cas où il existe une blessure de l'estomac ou de l'intestin, sans plaie large aux parois abdominales.

Lorsqu'un individu est blessé au ventre par un instrument piquant ou tranchant peu large, et que la sortie des matières par la plaie extérieure fait connaître que l'estomac ou l'intestin est blessé, doit-on agrandir la plaie pour aller chercher l'organe lésé, et y pratiquer une opération? Oui, certainement. En effet, si l'on apporte à un chirurgien

un malade qui a reçu à l'abdomen une plaie d'instrument tranchant qui laisse échapper les viscères, ce chirurgien n'hésitera pas à agrandir l'incision pour faciliter la rentrée des organes sortis. Pourquoi alors n'ouvrirait-il pas le ventre pour aller chercher ceux qui y sont renfermés? Mais, dira-t-on, qu'irez-vous chercher dans la cavité abdominale; à quel organe vous adresserez-vous? Il est évident que si l'instrument vulnérant a traversé tout le ventre de part en part, je ne l'ouvrirai pas pour aller, comme chez un animal soumis à mon expérimentation, prendre la masse intestinale, l'étaler sur mes mains, et produire une inflammation qui suffira pour faire périr le malade. Mais si un individu a reçu un coup de couteau ou de tout autre instrument qui n'a pénétré qu'à la profondeur de quelques centimètres, et que je reconnaisse à des signes certains que l'estomac ou un intestin est lésé, je peux, sans mériter le blâme, et sans être taxé de témérité, agrandir l'incision extérieure, chercher le viscère blessé, et faire l'opération que je jugerai la plus convenable pour la circonstance. Vous ne me blâmerez pas d'opérer une hernie ombilicale étranglée, et vous me blâmeriez d'agrandir une incision pour coudre ou lier un intestin. La chose n'est pas possible. Je ne serais pas plus téméraire que le chirurgien qui pratiqua la gastrotomie pour relever l'appendice xiphoïde, enfoncé dans une chute sur

la région épigastrique, et qui vit son malade guéri le trentième jour. Et quoique dans un assez grand nombre de circonstances on ait vu guérir, par les seules forces de la nature, des malades qui avaient des plaies de l'estomac et des intestins, je crois que si on a pu établir un diagnostic certain, on peut aussi sans crainte faire la gastrotomie.

L'ablation des portions d'intestin gangrenées, soit par la contusion, soit par l'étranglement, doit être faite sans aucun doute. Si des exemples de l'innocuité de cette ablation ne se rencontraient pas dans tous les traités et dans tous les mémoires sur les hernies et les plaies de l'abdomen, j'en aurais rapporté plusieurs observations ; mais je descendrais au rôle de simple compilateur sans nécessité et sans but utile. Quant à la longueur de la portion d'intestin qu'il est possible de retrancher, on sait qu'elle est considérable : nous voyons en effet Rhamdohr en enlever deux pieds, Lavielle en couper un pied, Pipelet en ôter six pouces, et Cokeesley en retrancher cinq pouces. La diminution de longueur qui en résulte n'amène aucun trouble dans les fonctions de l'intestin. J'ai à peine besoin de faire observer que des pertes de longueur aussi considérables ne peuvent avoir lieu que dans l'intestin grêle. La portion iliaque du colon est la seule partie du gros intestin qui pourrait supporter une perte de longueur de plusieurs travers de doigts. Peut-être même y aurait-il des inconvénients à la pratiquer.

Si donc, dans les plaies contuses ordinaires ou par armes à feu, et dans les hernies avec gangrène, on croit devoir faire l'ablation d'une portion intestinale, il ne faut pas hésiter. Mais il faut avoir la précaution de couper dans le vif; car si on retranchait dans la partie mortifiée, on verrait l'opération être inutile, les lèvres de la plaie mise en contact n'ayant pu s'agglutiner.

La possibilité, l'innocuité et la nécessité de ces opérations préalables étant bien établies, je vais passer à la description des opérations que réclament les plaies de l'estomac et de l'intestin.

§ I.

De la suture.

La suture consiste à maintenir en contact les lèvres de la plaie de l'estomac et de l'intestin au moyen de fils diversement disposés.

Je ne pense pas devoir rapporter à la suture l'opération dans laquelle le chirurgien traverse le mésentère d'un fil pour empêcher l'intestin de remonter dans la cavité abdominale, et le fixer ainsi près la plaie de la paroi de cette cavité. Cependant j'en dirai quelques mots. Cette méthode, qui a pour but de retenir l'intestin, d'empêcher l'épanchement des matières fécales dans l'abdomen, et de favoriser la formation d'un anus contre nature, n'a d'autre rapport avec la suture que l'emploi d'un fil. Vague-

ment indiqué par Paracelse et son disciple Oporin, elle fut mise en usage pour la première fois par Corneille-Stalpart-Van-der-Wyel, qui, dans une plaie du colon, se servit d'une canule de plomb pour conduire au-dehors les matières fécales. Mais ces écrivains ne disent pas s'ils employèrent le fil pour fixer l'intestin : ils ne s'attachent qu'à l'indication thérapeutique de conduire au-dehors les matières fécales. C'est dans ce même but que La Peyronie a proposé, dans l'année 1723, pour les hernies avec gangrène, d'enlever toute la portion sphacélée, de faire un pli au mésentère et d'y passer un fil pour maintenir l'intestin dans la plaie extérieure. Il cite des guérisons ; mais de cette manière il voulait établir un anus contre nature, et cependant ses malades ont guéri. C'est que dans ces circonstances il survient une série de phénomènes que ce chirurgien instruit ignorait, et dont la connaissance est due aux recherches du célèbre Scarpa, qui a prouvé que la présence de ce fil était inutile.

Je ne dois pas rapporter à la suture l'opération que proposa Littre en 1700, et dans laquelle le chirurgien, après avoir lié circulairement le bout inférieur de l'intestin et l'avoir réduit dans la cavité abdominale, fixe le bout supérieur à la place de cette cavité par trois fils passés séparément à trois lignes de son bord, et placés de manière qu'ils partagent sa circonférence en trois parties égales.

Je pense que ces opérations, et surtout la dernière, loin d'être regardées comme des opérations que réclament les plaies de l'intestin, doivent, dans l'état actuel de la science, être regardées comme des opérations que rejette la thérapeutique des plaies intestinales.

Les pathologistes rangent encore parmi les sutures des procédés opératoires qui ne sont pas réellement des sutures. Comme ceux dont je viens de m'occuper, ce sont de simples liens. Pour faire comprendre toute ma pensée, je donnerai une comparaison vulgaire. Les moyens d'union de l'intestin aux parois abominales sont des liens, comme les cordons d'un vêtement : ils ne sont pas des sutures, comme les coutures de ce même vêtement, tandis que les sutures dont nous parlerons tout à l'heure sont de vraies coutures analogues à celles dont se servent les artisans. Les procédés opératoires ont pour but d'appliquer les lèvres de la plaie de l'intestin contre les parois abdominales, afin de les faire cicatriser ensemble. Ils ont été inspirés aux chirurgiens par les observations fréquentes de guérison de plaies abdominales, et par les expériences sur les animaux vivants. L'ouverture des cadavres a prouvé, dans ces deux occasions, que la cicatrisation se faisait par l'adhérence des parois entre elles. J.-P. Verduc, qui écrivait à la fin du XVIIe siècle, et dans le commencement du XVIIIe, est, je crois, le premier qui ait démontré, par des expériences sur les chiens,

la formation de ces adhérences, et qui ait recommandé, dans les plaies en travers des intestins, de fixer les deux bouts contre les lèvres de la plaie des parois de l'abdomen; mais il conservait la suture du pelletier pour les plaies longitudinales. Palfyn rejeta toute espèce de suture: il voulut qu'on se contentât de mettre l'extrémité du tube intestinal lésé en rapport avec les parties auxquelles il pouvait adhérer: aussi ce mode opératoire est-il connu sous le nom de *méthode de Palfyn*. Il conseille de passer un fil dans les deux lèvres de l'intestin, vers leur milieu, et de placer les deux bouts de ce fil dans l'angle inférieur de la plaie extérieure.

Pour parvenir au même but, et pour faciliter encore plus l'adhérence de l'intestin au péritoine, le docteur Reybard agit de la manière suivante dans un cas de plaie de l'intestin grêle. Il prit une plaque en bois de sapin, mince et polie, longue de quinze à seize lignes, sur huit à neuf de largeur, et de forme ovale, afin que ses extrémités ne piquent pas l'intestin; il marqua d'un trait tiré dans le sens du petit diamètre le milieu de sa longueur, et sur ce trait il traversa le morceau de bois d'un fil, ciré en deux endroits, à trois lignes de son bord. Le milieu de l'anse de fil correspondant au milieu de ce trait, ses bouts se trouvèrent égaux. Il les arma chacun d'une aiguille, et ayant introduit dans l'intestin la plaque de bois, il passa de dedans en dehors les fils dans les lèvres de la plaie, aux points cor-

respondants aux trous de la plaque, en prenant garde que son grand diamètre fût bien dans la direction de la longueur de la solution de continuité. Il retira ensuite les aiguilles, réunit les fils, les enfila dans une aiguille courbe, les fit passer dans la lèvre interne de la plaie des parois abdominales, et, ayant retiré l'aiguille, il réduisit l'intestin et sépara de nouveau les fils, pour les nouer sur un rouleau de linge quand, par des tractions ménagées, il eut rapproché le viscère blessé du péritoine. Cette opération eut un plein succès.

Il est bien évident, par la lecture de ces opérations, que le chirurgien ne coud pas les lèvres de la plaie, mais qu'il se sert d'un fil passé dans ces lèvres, comme d'un lien pour les tenir en place sur un point quelconque de la paroi abdominale. Il n'en est pas de même des opérations suivantes, qui sont de véritables sutures, puisque le chirurgien, à l'exemple de l'artisan, maintient en contact les lèvres de la plaie par des fils conduits de différentes manières.

La suture de l'intestin remonte à Celse. Cet écrivain en parle très-succinctement, et il croit qu'elle ne convient qu'au gros intestin (*latius intestinum*). Galien pense comme Celse ; ni l'un ni l'autre n'indique le genre de suture auquel on doit avoir recours ; ils disent bien celles qu'ils mettent en usage pour les plaies des parois abdominales, mais nullement celles qu'ils emploient pour les plaies des intestins : ils se contentent d'ajouter, après avoir parlé de la gastro-

raphie, qu'on peut coudre l'intestin. Quant aux plaies de l'estomac, Galien pense que celles de sa partie inférieure peuvent guérir.

Il faut arriver aux Arabes pour trouver quelque chose sur les plaies de l'intestin, et c'est dans Albucasis, qui vivait dans le XIe ou XIIe siècle, que nous trouvons la pratique de ces chirurgiens pour les cas de plaies intestinales. Il est le premier des écrivains de cette nation qui ne copie pas servilement Galien, comme on l'avait fait jusqu'alors, et qui émette une opinion sur les opérations qu'on doit pratiquer dans les plaies des intestins; il ne dit rien de celles qu'on peut faire à l'estomac : cependant il avait vu des plaies de ce viscère, car il donne une observation de guérison. Il professe, comme Galien, l'opinion que les plaies de l'intestin grêle sont incurables, tandis que celles du gros intestin peuvent être guéries, et il conseille de se servir, pour les coudre, d'un fil de la grosseur d'un cheveu pris sur l'intestin d'un animal. Il paraît qu'à cette époque on s'occupait beaucoup des plaies de l'intestin, et qu'on recherchait la meilleure méthode de les coudre, car il parle assez longuement des empiriques qui ont proposé de se servir de têtes de fourmis pour coudre les intestins. Ils veulent, dit-il, qu'on prenne des fourmis à grosse tête, et qu'après avoir mis en contact les lèvres de la plaie, on applique sur elles une de ces fourmis dont la bouche est ouverte, et qu'on lui coupe la tête dès qu'elle les aura saisies et que sa

bouche sera fermée : alors la tête sera adhérente, et la bouche ne s'ouvrira pas. On met ainsi autant de têtes qu'il faut de points de suture. Je n'aurais pas rapporté ce passage d'Albucasis, si ce moyen ridicule n'avait pas été refuté par des hommes de mérite, comme Guy de Chauliac, Jean de Vigo, Fabrice d'Aquapendente : il fallait donc qu'il eût alors quelque crédit.

Depuis le chirurgien arabe jusqu'à Roger de Parme ou de Salerne, qui écrivait au XIII[e] siècle, on ne fait rien de nouveau. Mais ce médecin propose, sans doute pour éviter l'affaissement de l'intestin, d'introduire dans sa cavité un cylindre de bois de sureau, sur lequel on ramène les deux bouts du viscère, et de les coudre. Il pense éviter ainsi la sortie des excréments. Depuis lors cette méthode a eu des panégyristes et des détracteurs. Dans le même siècle, Lanfranc proposa de coudre les plaies de l'estomac, et, dans le siècle suivant, Guy de Chauliac conseilla de réunir la plaie de l'abdomen après avoir cousu l'intestin, tandis qu'avant lui les chirurgiens voulaient qu'on la laissât ouverte jusqu'à cicatrisation complète de celui-ci.

A dater de cette époque, chaque opérateur se conduit à sa guise, suivant l'empirisme de son maître ou suivant le sien, sans prendre aucun principe ni dans l'anatomie ni dans l'expérience. Cependant la suture du pelletier l'emporta, car elle réussissait. Les différents tubes introduits dans

l'intestin furent abandonnés jusqu'au milieu du siècle dernier, que l'on revint à son usage. Dans la première moitié de ce même siècle, Ledran et Bertrandi proposèrent de nouvelles sutures comme préférables aux autres, et enfin notre époque a vu mettre en pratique de nouveaux moyens thérapeutiques, tant pour la guérison des plaies simples que pour celle des anus contre-nature.

Mais je reviens aux sutures, dont je vais faire la description succincte.

La suture la plus anciennement connue pour les plaies des intestins est celle du pelletier, ou à surjet: probablement parce que c'est celle qui a été employée de tout temps pour les usages de la vie, car elle coud très-exactement.

Le premier traité de chirurgie où je lis une description positive de la suture du pelletier est celui d'Albucasis. Je vois, dans la traduction latine en regard du texte arabe, « Methodus autem suturæ « secundæ vulgaris est... ut sit sutura ad modum « suturæ loculorum quibus venalia consarciuntur. » Depuis lors, elle a été mise en usage avec succès un grand nombre de fois, et cependant des chirurgiens, surtout ceux du siècle dernier, cherchaient à la remplacer, parce que, disaient-ils, le passage du fil sur les lèvres de la plaie s'opposait à leur cicatrisation. Je démontrerai, dans la comparaison que je ferai des sutures, que les reproches qu'on lui a faits ne

sont pas fondés, et j'expliquerai la fréquence de ses succès.

Pour pratiquer cette suture, il faut une aiguille droite ou courbe enfilée d'un fil ciré de chanvre, de lin ou de soie, comme le recommande Roger, ou de substance animale, comme le veut déjà Albucasis. Le chirurgien, après avoir affronté les lèvres de la plaie, les donne à tenir à un aide, et pratique le premier point de suture, soit en faisant un nœud, soit en arrêtant le bout du fil sous ce premier point. Il fait successivement ses points de suture, dont il proportionne le nombre à la longueur de la plaie. Il a soin de ne pas trop les serrer.

Ledran, après avoir fait observer que l'intestin est trop mince pour que les lèvres de sa division puissent se réunir l'une contre l'autre, comme le font celles d'une plaie aux chairs, et que cette division ne peut disparaître qu'autant qu'il se collera contre quelque partie voisine, ou que ses parois intérieures se touchant après y avoir fait une suture, elles se colleront l'une contre l'autre, comme on voit des parties s'adhérer l'une l'autre par une légère inflammation; Ledran, dis-je, propose la suture à plusieurs anses, comme préférable à la suture du pelletier, parce que le froncis des lèvres, ne leur permettant pas de s'écarter l'une de l'autre, doit occasionner l'adhérence de l'une à l'autre sans que l'intestin soit obligé de se coller à quelque autre partie.

Pour faire la suture à anses, le chirurgien fait soutenir par un aide l'intestin à une des extrémités de la plaie, et il soutient lui-même l'autre extrémité. Il a autant d'aiguilles rondes, droites et menues, qu'il doit faire de points de suture. Chacune est enfilée d'un fil long d'un pied et non ciré. Il passe à travers des deux lèvres autant de fils qu'il est nécessaire, observant qu'ils soient à trois lignes ou environ de distance l'un de l'autre. Tous les fils étant passés, il ôte les aiguilles, et noue ensemble tous les bouts de fil de chaque côté; puis, en les tortillant deux ou trois tours seulement, il fait une espèce de corde. Ce tortillement des fils fait froncer la portion d'intestin divisée, et les points, qui étaient distants de deux ou trois lignes, sont rapprochés l'un de l'autre.

Bertrandi partant de ce principe, que la plaie de l'intestin ne se réunit pas, sinon à quelques parties voisines, croit que la réunion se ferait mieux si on pratiquait la suture de la manière suivante. Un aide et le chirurgien maintiennent en contact les lèvres de la plaie. Alors celui-ci, avec une aiguille droite et fine, munie d'un fil ciré simple, perce ensemble, à quelque distance de la blessure, les deux lèvres de l'intestin, à une ligne et demie ou deux lignes au-dessous du bord de la blessure. A deux ou trois lignes de l'endroit par où l'aiguille est sortie, du même côté, et sur la même ligne, il perce de nou-

veau l'intestin, et fait sortir l'aiguille de l'autre côté, de manière que les points qu'on aura faits se trouveront tous sur la même ligne et de file. Les lèvres de l'intestin, sont libres et dégagées, point traversées par les fils, ni conséquemment renversées : elles se présentent vives et sanglantes aux parties voisines, avec lesquelles elles pourront alors s'unir plus aisément. Tels sont les avantages que Bertrandi attribue à sa suture, dont il maintient les fils dans un angle de la plaie, et dont il tire le fil quand il suppose la réunion opérée.

Dès qu'elles furent connues, ces deux espèces de sutures furent préférées à la suture du pelletier, et celle de Bertrandi, surtout, parut meilleure, à cause de l'égalité qu'elle laissait aux lèvres de la plaie, et c'est celle que mon père recommande dans son *Traité des maladies chirurgicales.* Mais les travaux physiologiques modernes sont venus prouver que ces sutures devaient être rejetées, et qu'elles ne pouvaient procurer la guérison des plaies des intestins que par les adhérences des bords de la plaie avec les parois abdominales.

L'étude des différents tissus de l'économie ayant démontré que les membranes muqueuses, mises en contact par leurs surfaces, ne pouvaient contracter des adhérences, à cause de la sécrétion continuelle qui se fait par les cryptes muqueuses, toute suture basée sur la mise en rapport des surfaces muqueuses doit être abandonnée; car on ne pourra jamais

obtenir de réunion. Il faudra que, par une circonstance indépendante de la volonté du chirurgien, les membranes séreuses s'unissent entre elles, ou aux parois abdominales. L'examen anatomique d'individus guéris de plaies de l'abdomen avait prouvé que les choses se passaient ainsi, et on avait établi en principe qu'il ne pouvait pas en être autrement; mais les expériences faites sur les animaux vivants ont fait connaître que cela arrivait parce que la membrane séreuse des intestins était seule susceptible de contracter des adhérences, et dès lors les chirurgiens ont été conduits à des procédés opératoires qui, s'ils ne donnaient pas de résultats certains, en offraient de très-probables.

C'est d'après ces considérations, que le docteur Jobert (de Lamballe) a proposé, en 1824, une nouvelle méthode de l'affrontement des lèvres de la plaie dans les solutions de continuité des intestins. Il conseille, et l'expérience sur l'homme et les animaux prouve la justesse de ses opinions, il conseille de renverser en dedans les lèvres de la plaie, et de les traverser avec un fil, de manière à mettre en contact les membranes séreuses de chaque lèvre de la plaie intestinale. Il veut que le fil traverse toute l'épaisseur de la lèvre doublée de l'intestin; il recommande la suture simple, et il veut qu'on fasse autant de points qu'il est nécessaire pour empêcher la lèvre de la plaie de faire hernie entre les points de suture.

Modifiant la méthode du docteur Jobert, M. Lembert propose de ne pas traverser toute l'épaisseur de l'intestin, mais de le labourer. De cette manière, il n'a pas recours au renversement en dedans, et en serrant les fils, le bord de la plaie se renverse de lui-même. M. Lembert prend une aiguille droite ou courbe, enfilée d'un fil ciré, et l'enfonce à trois lignes du bord de la solution de continuité : il la fait sortir à deux lignes du point d'introduction, par conséquent, à une ligne du bord de la plaie. Il passe la même aiguille dans l'autre lèvre, à une ligne de son bord, et la fait sortir à deux lignes plus loin. Quand il a mis ainsi tous les points de suture suffisants, il serre les fils et les noue. On a reproché à ce procédé de ne pas empêcher le renversement des bords de la plaie dans les intervalles des fils. Si on en applique un nombre suffisant, et si on a soin de les pousser à mesure en dedans, on peut remédier à cet inconvénient.

M. Denans fait autrement la suture des intestins, en agissant d'après les principes établis par le docteur Jobert. Son procédé est très-compliqué. Son opération se compose de deux opérations : dans la première, on maintient les bouts de l'intestin par trois viroles ; dans la seconde, on fixe l'appareil en place par la suture. Les trois viroles sont faites d'argent ou d'étain : deux sont d'un diamètre égal à celui de l'intestin, et d'une longueur de trois lignes ; la troisième est d'un diamètre assez étroit pour être

reçue dans les deux premières, et d'une longueur de six lignes. Les premières viroles sont introduites, l'une, dans le bout supérieur, l'autre, dans le bout inférieur de l'intestin; puis, une portion d'intestin, de deux lignes de largeur, est renversée dans sa virole respective. Alors la troisième virole est enfoncée dans les deux premières, et les bouts d'intestin renversés sont amenés au contact : ils sont maintenus en place par la pression de la virole intérieure contre les viroles extérieures. Pour fixer le tout en place, M. Denans prend un fil, dont chaque bout est enfilé dans une aiguille. L'une d'elles, enfoncée dans l'intestin au-dessus de la virole supérieure, vient sortir au-dessous de la virole inférieure, de sorte que l'appareil est compris dans une anse de fil. Alors, pour ne retenir par cette anse que les viroles, le chirurgien fait rentrer par les points d'entrée et de sortie les aiguilles, et les fait glisser entre les viroles et la paroi intestinale jusqu'au point où celle-ci est renversée. Il résulte de cette disposition, que les viroles et la portion d'intestin retournée sont seules comprises dans l'anse de fil : il fait alors un nœud, qui se trouve sur la ligne du point de contact, et il coupe les bouts aussi ras que possible; il passe un même fil du côté opposé. Le but de cette disposition des fils est qu'après la cicatrisation des parties correspondantes de l'intestin, ils soient entraînés avec les viroles, sans déchirer la paroi intestinale.

A la même époque, M. Spillmann a proposé de

renverser les membranes de chaque bout de l'intestin en dehors sur une sorte de bourrelet d'argent circulaire, et pouvant s'ouvrir à charnière à peu près comme certains anneaux d'oreilles. Les deux bourrelets rapprochés seraient maintenus en contact à l'aide de crochets disposés sur leur partie externe. L'intestin alors se correspondrait par la surface muqueuse de ses bouts, et ses parois seraient pressées avec assez de force pour se mortifier entre les deux parties de l'instrument.

J'ai dit, au commencement de cette section, que Roger conseillait de coudre l'intestin sur un tube de sureau. Plusieurs chirurgiens donnèrent après lui le même précepte : ainsi, on le trouve dans Gamerius, Theodoricus, Roland, Lanfranc. Dans le même siècle, Guillaume de Salicet proposa de remplacer la canule de sureau par un intestin d'animal. Le but de ces praticiens était, comme le dit Guy de Chauliac, « ad custodiendum ne fæces putrefaciant suturam. » Dans les écrivains postérieurs à ceux que je viens de citer, nous trouvons les opinions partagées sur ce point de doctrine, qui même paraissait abandonné quand Duverger fit connaître à l'Académie de chirurgie un succès obtenu en cousant les deux bouts de l'intestin sur une portion de trachée-artère de veau, moyen que les quatre maîtres employaient déjà au XIIIe siècle. Duverger, après avoir mis tremper la trachée-artère dans du vin tiède, pour lui conserver de la souplesse et de la

chaleur, et y avoir passé trois fils à distance égale, la trempa dans un mélange de baume du Pérou et du Commandeur. Il l'introduisit dans l'intestin, de façon que la surface convexe de cette portion de trachée soutenait les deux bouts de l'intestin comme une voûte; ensuite, par le moyen de petites aiguilles courbes, dont chaque bout de fil était armé, il fit les points en piquant du dedans au dehors, à trois ou quatre lignes des bords de la plaie, qu'il faisait rapprocher par un aide. Les nœuds furent faits à l'un des côtés de la ligne formée par le rapprochement des deux lèvres de la plaie. La cicatrisation de la plaie extérieure fut complète vers le quarante-cinquième jour.

Sabatier, et, après lui, Ritsch, ont proposé de remplacer la trachée-artère de veau par un cylindre de carte à jouer moins large que l'intestin, vernissé avec de l'huile de térébenthine, et trempé dans l'huile d'hypericum au moment de s'en servir. Une anse de fil est passée dans la carte, et ses deux chefs servent à traverser les deux bouts de l'intestin sur lesquels on les noue : on rapproche ensuite l'intestin de la plaie de l'abdomen, et on y assujettit le fil. Ils ne disent pas avoir mis ce moyen en usage.

Chopart et Desault ont proposé ce même moyen pour l'invagination.

§ II.

De l'invagination.

L'invagination consiste à introduire le bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur. Cette opération, qui est une des conquêtes de la chirurgie du XVIIIe siècle, a été pratiquée la première fois par Ramdohr, chirurgien du duc de Brunswick. En 1729 ou 1730, dans un cas de hernie inguinale avec gangrène, chez une femme, il enleva une portion du tube intestinal de deux pieds de longueur environ, et la portion correspondante du mésentère qui était également gangrenée. Après cette excision, Rhamdohr et le docteur Kuntz, qui l'assistait, furent d'avis de joindre de nouveau les extrémités saines de l'intestin. Moëbius, qui rapporte cette observation avec détail dans une thèse qui est la 28e du VIe volume du recueil de Haller, intitulé *Disputationum anatomicarum selectiorum*, etc. (observation 18e), s'exprime ainsi : « Id quod etiam ita perfecerunt, ut « unum extremum alio immiserent, et ope fili leniter « constricti aliquo modo firmaverint : id quod in « adeo desperato malo tam bene cessit, ut altero die « feces rursus per anum naturaliter excreverit, et « brevi post omnino restituta fuerit. Vixit postea mu- « lier per integrum annum et bene valescit. » Cette femme étant morte d'une pleurésie, son corps fut ouvert, et l'intestin étant examiné, on trouva qu'il

présentait un canal parfait, qu'il était adhérent avec la plaie extérieure, et qu'il était bien réuni avec le mésentère. La pièce fut conservée par Heister, et montrée par lui à tous les chirurgiens curieux de la voir. J'ai cru devoir donner le texte latin, parce que des doutes ont été élevés sur la manière dont Rhamdohr a opéré.

Cette opération était la seule de ce genre suivie de guérison que l'on connût, lorsque Lavielle, officier de santé dans le département des Landes, rapporta une seconde observation du même genre. Elle est consignée dans le tome XLIIIe du *Journal général de médecine,* page 176. L'opération a été pratiquée par lui sur un homme en 1810. Dans un cas de hernie inguinale gauche avec gangrène, il y eut une crevasse aux téguments; une incision longitudinale fut faite, et un pied d'intestin sphacelé fut enlevé. Le chirurgien se rendit maître des deux bouts de l'intestin en passant un fil dans le mésentère, auquel il fit un pli. Les bouts d'intestins laissés libres au dehors ne furent invaginés qu'après vingt-quatre heures. Un fil passé dans le mésentère les fixa vers la plaie extérieure, après qu'ils eurent été réduits. Le lendemain le malade alla à la garde-robe, et la guérison fut complète au soixantième jour.

Chopart et Desault avaient proposé, dans leur *Traité des maladies chirurgicales,* deux moyens d'invaginer l'intestin. Dans l'un, le chirugien traverse

de dedans en dehors chaque côté du bout supérieur, à quatre ou six lignes de son extrémité, avec un fil ciré et armé à chaque bout d'une aiguille droite; puis il traverse avec le même fil, de la même manière, et aux mêmes endroits, le bout inférieur dans lequel le supérieur est entraîné lorsque l'opérateur redresse le fil en tirant en sens opposé ses extrémités qu'il noue et qu'il fixe au dehors. Dans le second, le chirurien prend le rouleau de carte recommandé par Sabatier. Il le traverse, aux extrémités d'un diamètre de sa partie moyenne, d'un fil long, simple, ciré, armé à chaque bout d'une aiguille droite, et passé avec une de ces aiguilles, d'abord de dehors en dedans, puis, à quelques lignes de distance, de dedans en dehors, et ensuite à cette même distance, de dehors en dedans, d'où on le fera sortir à l'autre extrémité du diamètre, de manière que le fil, rampant sur la circonférence de la carte, au lieu de la traverser dans son milieu, ne pourra retarder ou empêcher le passage des matières qui doivent parcourir le canal intestinal. Quand il aura reconnu le bout supérieur, il y introduira la carte dans toute sa longueur, et de manière que le fil qui la traverse réponde aux côtés de l'intestin, à égale distance de sa convexité et du mésentère; puis il le percera d'un côté vis-à-vis le milieu de la carte, et de dedans en dehors, avec une aiguille qui tient au bout du fil de ce même côté de la carte, et ensuite l'autre côté de l'intestin de la même manière avec

l'autre aiguille. Ce bout de l'intestin étant suffisamment assujetti par un aide, le chirurgien l'introduit de toute la longueur de la carte dans le bout inférieur, passe les fils de chaque côté de la même manière, et à la même distance, puis il noue les fils, les tord un peu, et les fixe dans la plaie extérieure. Ils pensent qu'il peut être avantageux de passer un fil dans le mésentère. Chopart et Desault n'ont jamais appliqué à l'homme ces procédés opératoires.

Dans ces derniers temps, des chirurgiens ont proposé de remplacer le cylindre de carte par un cylindre en colle de poisson.

M. Jobert, guidé par les principes qu'il a établis sur la réunion des intestins par l'agglutination des surfaces muqueuses, a proposé une autre manière de pratiquer l'invagination. Il commence par détacher le mésentère de l'intestin, puis saisissant le bout supérieur, il le traverse de dedans en dehors à sa partie antérieure, à trois lignes du bord de la plaie, avec une aiguille droite enfilée d'un fil de six à huit pouces, dont l'autre extrémité est aussi garnie d'une aiguille. Il passe de même un fil à la partie postérieure. Alors, prenant le bout inférieur de l'intestin, il le renverse en dedans, dans une étendue de trois lignes. Pour faire ce renversement, il profite du calme de l'intestin : quand il a ainsi renversé toute la circonférence du tube intestinal, il prend les aiguilles antérieures, qu'il avait confiées à un aide, et, les faisant glisser sur le doigt, il les fait

passer à une ligne de distance l'une de l'autre, dans les deux lames adossées de l'intestin, à trois lignes de son bord. Cette distance est indispensable pour prévenir toute déchirure. Il agit de même pour le fil postérieur. Quand ils sont en place, il pousse peu à peu, avec un instrument mousse, le bout supérieur dans l'inférieur, en tirant en même temps sur les fils avec beaucoup de précaution. Quand l'invagination est complète, il réunit les fils, les maintient à l'extérieur dans la plaie, et les ôte le quatrième ou cinquième jour.

Les deux méthodes dont je viens de parler, la suture et l'invagination, ne sont applicables aux plaies des intestins que lorsque les bouts lésés sont libres. Quand ils sont adhérents à la plaie abdominale, et que celle-ci et la plaie intestinale restent béantes par le passage des matières fécales, quand, en un mot, il existe un anus contre nature, d'autres opérations deviennent nécessaires. Je ne parle pas ici de ces anus contre nature temporaires, dont on voit si souvent des exemples, et dont le mode de guérison a été si clairement indiqué par Scarpa, parce qu'ici il n'y a rien à faire, qu'à s'en rapporter aux efforts de la nature : mais je parle de ces anus contre nature qui persistent, et qui, étant toujours le résultat d'une grande perte de substance de l'intestin, présentent à leur partie postérieure un éperon, qui ne permet pas aux matières fécales de reprendre leur

cours ordinaire, et les oblige de s'échapper par la voie artificielle.

Cette maladie dégoûtante, dont les chirurgiens des siècles passés n'avaient pas connu la cause, et qui leur paraissait presque un bienfait de la nature, puisque, comme je l'ai dit plus haut, ils en favorisaient la formation, était complétement abandonnée par les hommes de l'art, lorsque Desault vint, dans les dernières années du XVIIIe siècle, en 1790, proclamer quelle était sa cause, et quel était son remède. Ce grand maître fit connaître que la disposition de l'éperon formé par l'adossement des côtes mésentériques de l'intestin était l'unique cause de l'anus contre nature, et qu'en conséquence, la destruction de cet éperon était l'unique remède. C'est d'après ces principes que Desault parvint à guérir le matelot dont l'histoire est rapportée dans son *Journal de chirurgie*. Après avoir réduit l'intestin renversé, il introduisit dans sa cavité une mèche qui, entrant dans les deux bouts, affaissait l'éperon, et quand les matières fécales eurent repris leur cours par l'anus, il remplaça la mèche par un bourdonnet de charpie, puis par un bandage. Deux fois il obtint la guérison de son malade.

Cette opération, dont l'exemple que je cite est, je crois, le seul succès complet bien avéré (car l'observation de Noël est trop succincte pour qu'on puisse s'appuyer sur elle), était l'unique moyen de combattre l'anus contre nature, lorsque en 1798

Schmalkalden proposa de perforer l'éperon qui forme une cloison entre les deux bouts de l'intestin, et de rétablir ainsi la continuité du canal. Il exécuta cette opération, et il se servit d'aiguilles, de fils et de mèches. En 1813, le docteur John Syng-Dorseny publia à Philadelphie des *Éléments de chirurgie*, dans lesquels il dit que son beau-père, le docteur Physyck, pratiqua en 1809, sur un matelot suédois, une opération pour guérir l'anus contre nature. Le chirurgien essaya d'abord d'affaisser l'éperon, par l'introduction d'un rouleau de toile du volume du doigt indicateur; mais les violentes douleurs abdominales qui survinrent obligèrent de suspendre l'emploi de ce moyen. Alors il chercha avec ses doigts quelle était la disposition des bouts de l'intestin, et il reconnut qu'ils étaient adossés exactement : il se proposa de perforer cette cloison par une opération. Elle consista à passer dans la cloison, à un pouce des deux ouvertures, une ligature serrée avec un nœud coulant, et à l'y laisser pendant trois semaines, afin d'établir une union parfaite entre les parois adossées de l'intestin; alors il coupa le côté tranchant de l'éperon, en partie détruit par la ligature, et ferma la plaie extérieure. Cinq mois après la première opération, le malade jouissait d'une santé parfaite : il resta une petite fistule stercorale. Dans l'année 1813, Dupuytren eut la même idée, et il perfora avec une aiguille, un fil et des mèches, l'éperon d'un anus contre nature. Il alla plus loin : il coupa avec

des ciseaux, à plusieurs reprises, et en prenant beaucoup de précautions, les portions adossées de l'éperon ; mais une péritonite enleva le malade. Dupuytren, réfléchissant que les bouts de l'intestin peuvent ne pas être parallèles, et qu'ainsi les perforations peuvent donner lieu à des épanchements dans la cavité du péritoine, renonça à cette manière d'agir, et, après plusieurs tentatives, imagina son entérotome, instrument composé de deux branches, dont l'une, désignée sous le nom de *branche mâle*, consiste en une tige d'acier ondulée, terminée par un sphéroïde, et est reçue dans l'autre, désignée sous le nom de *branche femelle*, qui consiste en une tige creusée dans sa longueur pour recevoir la première. Ces deux branches, agissant parallèlement l'une à l'autre, sont mues par une vis de pression. Plusieurs modifications ont été apportées à cet instrument : les plus importantes sont celles qui font terminer les tiges par une partie plate au lieu d'une partie à tranchant épais. Ces modifications sont dues à Delpech et à M. Blandin. Au moyen de cet instrument, Dupuytren s'est proposé de comprimer entre les bouts de sa pince l'éperon de l'anus contre nature, de le gangrener, et d'obtenir l'adhérence des membranes séreuses correspondantes.

Pensant que la section de l'éperon produisait moins d'accidents, M. Reybard a proposé un entérotome, qui se compose d'une pince, et d'une lame disposée de telle façon, qu'elle ne peut pas glisser

au delà d'un certain degré. La pince est à double branche, et c'est entre ces deux branches qu'est conduite la lame; la double branche de chaque côté de la pince est mobile, et une vis de pression sert à les rapprocher. La pince étant mise en place, le chirurgien rapproche les branches mobiles, et presse ainsi entre elles les parois adossées de l'intestin; alors il fait glisser la lame, et il coupe les deux parois intestinales adossées dans une étendue plus ou moins grande, selon la grandeur de l'éperon: il a, par cette opération, obtenu plusieurs succès qui militent en sa faveur.

Mais tous les anus contre nature n'offrent pas des éperons : cette différence tient à la disposition des bouts de l'intestin dans le cas de plaies et de hernies. La partie de l'intestin où est l'anus a-t-elle quelque influence sur cette disposition? Cette question n'a pas été éclaircie.

L'on a proposé, pour guérir l'orifice cutané de l'anus contre nature, la cautérisation avec le nitrate d'argent et avec le fer rouge. La première peut être employée : si elle ne réussit pas, elle n'a pas d'inconvénients. Il n'en est pas de même de la seconde, qui a l'immense inconvénient de détruire les tissus et d'agrandir l'orifice, quand son emploi n'est pas suivi de succès.

A une époque où la cause de l'anus contre nature n'était pas connue, Lecat avait eu l'idée de fermer la plaie de l'intestin et de l'abdomen au moyen de la suture; mais la malade ne voulut pas se soumet-

tre à l'opération. Bruns fit une tentative de ce genre, et la plaie se rouvrit quelque jours après; la malade ne voulut pas se prêter à un second essai.

Il est une espèce d'anus contre nature très-rare; c'est l'anus contre nature vaginal. Il peut être, comme la fistule vésico-vaginale, le résultat de la gangrène à la suite de la pression exercée par la tête de l'enfant dans un accouchement laborieux. Il fait communiquer avec le vagin une partie de la longueur de l'intestin grêle ou du colon, et diffère de la fistule recto-vaginale en ce que celle-ci, qui est située à la partie inférieure du rectum, établit la communication plutôt entre l'espèce de réservoir qui le termine et le vagin, qu'entre celui-ci et l'intestin rectum proprement dit. Des opérations ont été pratiquées pour remédier à cette maladie: deux sont à ma connaissance. L'une a été faite par M. le professeur Roux, qui a pratiqué la gastrotomie pour aller chercher les deux bouts d'intestin et les réunir; cette opération a été malheureuse, et dans son exécution, et dans son résultat. La seconde, faite par M. Casa-Mayor au moyen d'un entérotome, n'a pas été plus heureuse. Cet instrument est formé de deux branches, dont l'une est introduite par la fistule jusque dans l'intestin ouvert, et l'autre est conduite par le rectum jusqu'à la rencontre du premier; une vis de rappel pousse l'une contre l'autre ces deux branches, qui offrent un écartement assez grand pour ne pas com-

primer le périnée. Dans ce deuxième cas, les matières stercorales avaient repris en partie leur cours par les voies naturelles, et le chirurgien espérait la guérison de la fistule. Les suites auraient-elles confirmé cet espoir ?

§ III.

De la ligature.

La ligature peut être pratiquée de deux manières.

Lorsque la plaie de l'intestin est petite, soit qu'elle résulte d'une lésion par instrument ou par gangrène, on peut suivre l'exemple d'Astley Cooper, et saisissant avec une pince les lèvres de la plaie comme on on saisit une artère coupée, appliquer une ligature circulaire. Ce moyen, mis en usage par ce praticien et plusieurs autres chirurgiens, a réussi.

Mais quand l'intestin est complétement divisé, peut-on, chez l'homme, imiter B. Travers dans ses expériences sur les chiens? Cet expérimentateur ayant appliqué une ligature circulaire sur l'intestin sain, et ayant réduit celui-ci dans l'abdomen, vit l'animal guérir. Partant de cet essai, M. Amussat propose, dans les plaies coupant tout le tube intestinal, d'introduire dans le bout supérieur un bouchon creusé dans son milieu d'une gouttière circulaire ; quand il est recouvert de la tunique de l'intestin, on l'introduit dans le bout inférieur, et quand les deux bouts

sont sur la gouttière, il applique une ligature circulaire. Il pense que les membranes séreuses de chaque côté de la ligature se réunissant, le bouchon et le fil sont rejetés par l'anus.

Les deux dernières espèces de ligature ont eu du succès sur les chiens, et le tube intestinal a été trouvé entier, et non rétréci. Réussiraient-elles chez l'homme? Je donnerai plus bas mon avis à cet égard.

§ IV.

De l'autoplastie.

Les chirurgiens ont eu recours à l'autoplastie pour fermer l'ouverture abdominale des anus contre nature, quand le cours des matières fécales était rétabli.

Elle peut être pratiquée de diverses manières.

M. Collier décolle les téguments autour de la fistule, en avive les bords, les réunit par suture, et le malade guérit. Tous les praticiens n'ont pas été aussi heureux que lui.

En 1822, M. Reybard a guéri un anus contre nature du colon au moyen d'un lambeau de peau disséqué et amené par tiraillement sur l'orifice de la plaie. Après une première opération, il resta une fistule stercorale, qu'il guérit par une nouvelle opération semblable à la première.

En 1838, M. Blandin a obtenu un succès du même genre, et par un procédé semblable, après avoir essayé inutilement l'avivement et la suture.

M. le professeur Velpeau a essayé, sans succès, de fermer un anus contre nature avec un bouchon de peau, pris sur les côtés de l'ouverture. Mais, dans un autre cas, ayant avivé les bords de l'anus, et les ayant réunis par la suture, il fit de chaque côté une incision qui dépassait les bords de cette suture, et il obtint un succès.

ARTICLE II.

DES OPÉRATIONS QUE RÉCLAMENT LES PLAIES DU RECTUM.

Les plaies du rectum n'ont aucune analogie avec celles des autres portions du gros intestin, ni avec celles de l'estomac et de l'intestin grêle. La situation profonde de ce viscère, au milieu d'une cavité osseuse, son voisinage de la vessie chez l'homme, du vagin chez la femme, et sa continuation avec la peau par son extrémité inférieure, qui est connue sous le nom d'*anus*, sont autant de circonstances qui différencient ces solutions de continuité de celles des organes dont j'ai parlé dans l'article précédent. Aussi des opérations très-différentes de celles qui nous ont occupé, et en même temps très différentes

entre elles, sont-elles nécessaires pour remédier aux plaies de cet intestin.

Les causes qui agissent de dehors en dedans sont toutes les lésions par instruments piquants, tranchants ou contondants. Ce sont ordinairement ces derniers qui occasionnent des plaies : elles guérissent souvent, et par les seuls efforts de la nature. Quelquefois ces plaies sont volontaires et le résultat d'une opération chirurgicale, comme dans la taille recto-vésicale.

Les causes qui agissent de dedans en dehors peuvent venir de l'estomac, ou être introduites par l'anus. J'ai déjà dit que les premières sont des corps de petit volume et aigus, qui, ayant traversé tout le tube intestinal, sont arrêtés par les plis du rectum, et perforent ses membranes. La Peyronie, J.-L. Petit, Morand, et bien d'autres chirurgiens en citent des exemples. Ces corps donnent lieu à des abcès dont l'ouverture fait reconnaître leur présence. Les abcès sont suivis de fistules stercorales, pour la guérison desquelles on a proposé plusieurs opérations, dont le but est de réunir les trajets fistuleux à la cavité de l'intestin, de façon à avoir une plaie plate, qu'il est très-important de faire cicatriser du fond à l'extérieur. Les opérations proposées pour arriver à ce but sont les injections, les suppositoires emplastiques, les caustiques, la ligature, l'excision et l'incision. Si ce point de médecine opératoire n'était pas ordinairement le sujet d'une étude spé-

ciale, j'entrerais dans tous ces détails ; mais je crois qu'en agissant ainsi je m'éloignerais de la pensée de mes juges : je ne donnerai donc qu'une description succincte de chaque moyen thérapeutique.

Les injections irritantes ont été faites pour obtenir l'agglutination du trajet fistuleux, après avoir excité son inflammation.

Les suppositoires emplastiques ont été employés dans le même but.

Les caustiques ont été recommandés dès Hippocrate, pour détruire tout l'espace compris entre la fistule et le rectum.

Les chirurgiens des derniers siècles, ne connaissant pas de moyens certains pour guérir la fistule à l'anus, ont proposé d'enlever toutes les parties molles comprises entre elle et le rectum. Pour cela ils introduisaient dans le trajet fistuleux une sonde qu'ils recourbaient en dehors dès qu'elle était parvenue dans l'anus, et, avec un bistouri, ils excisaient toutes les parties comprises dans cette anse.

La ligature, conseillée par Hippocrate et Celse, et vantée de nouveau par Foubert et Desault, consiste à passer un fil de substance végétale, animale ou métallique, dans le trajet fistuleux, à le faire sortir par l'anus, et à couper, au moyen d'une pression graduelle et continue, toutes les parties comprises dans l'anse.

De toutes les opérations employées, celle qui est préférable est l'incision des parties molles com-

prises entre la fistule et le rectum. Pratiquée par les anciens au moyen du syringotome, elle est faite aujourd'hui avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée qu'on fait courber et sortir par l'anus, ou conduit sur une sonde cannelée dont l'extrémité est reçue dans la gouttière d'un gorgeret de bois ou de métal introduit par l'anus : s'il y a des parties de peau qui soient décollées, on les enlève avec le bistouri. A la suite de cette opération, le pansement est très-important : une mèche de charpie doit être introduite dans la plaie, afin d'empêcher les bords de se cicatriser avant le fond; si on néglige cette précaution, la fistule se reproduit.

Les corps introduits par l'anus peuvent occasionner des plaies qui se guérissent facilement, après l'extraction du corps étranger; mais celui-ci peut être de nature à exiger, pour son extraction, des opérations dont nous ne devons pas nous occuper ici.

Les corps étrangers développés dans la vessie, ou introduits dans le vagin, peuvent produire des ulcérations qui font communiquer le rectum avec leurs cavités; on a vu des calculs user la cloison recto-vésicale, et des pessaires perforer la cloison recto-vaginale; des ulcères de différente nature peuvent, en corrodant les parois du rectum, donner lieu à des effets semblables, et occasionner des fistules.

Les moyens conseillés pour la guérison de ces fis-

tules, sont la cautérisation et la suture. La première est plus souvent mise en usage que celle-ci, dont l'emploi est difficile, et le succès douteux. La cautérisation est le seul moyen usité dans les fistules recto-vésicales, suites de l'opération de la taille de ce nom. On peut la faire avec le nitrate d'argent ou le cautère actuel; ce dernier a le grand inconvénient de faire une perte de substance. Cullerier a proposé et employé, je crois, avec succès, des plaques mises en contact au moyen d'une vis de rappel; et qui maintenaient rapprochées, par une douce pression, les lèvres de la fistule ulcérée par le nitrate d'argent, ou avivées par l'instrument tranchant.

TROISIÈME PARTIE.

Je vais, dans cette troisième partie, faire l'application de chaque espèce d'opération à chacun des viscères qui composent la portion abdominale du tube alimentaire.

§ I.

Plaies de l'estomac.

La suture du pelletier était la seule mise en usage pour les plaies de l'estomac jusqu'à Ledran et Bertrandi ; et depuis eux, c'est encore elle qui a été employée le plus souvent dans les plaies un peu étendues de ce viscère.

Mais si la plaie est petite, si elle ne dépasse pas huit à dix millimètres, faut-il, comme le veulent quelques praticiens, l'abandonner à elle-même ? Je ne le pense pas ; et je préférerais, dans une telle circonstance, avair recours à la ligature d'Astley Cooper, soit que la plaie de l'estomac apparaisse par celle de la paroi abdominale, soit que j'aille chercher l'intestin par la gastrotomie.

Lorsque la plaie de l'estomac est plus étendue, elle peut avoir une direction parallèle au grand ou au petit diamètre de ce viscère, ou oblique par rapport à eux. Peut-on, dans ces divers cas, employer

indistinctement la suture? Je le crois, malgré les résultats des expériences que le docteur Thompson à faites sur les animaux vivants, et qui tendent à prouver que les plaies longitudinales du tube digestif se guérissent moins facilement que les plaies transversales.

Dans les plaies de l'estomac, par instrument contondant ordinaire, et par arme à feu, lorsque la guérison a eu lieu, la plaie avait été abandonnée à elle-même. Les chirurgiens n'ont pas, comme dans les plaies de l'intestin, enlevé les parties contuses pour faire la suture. Je crois que cette opération ne doit pas être pratiquée, et qu'il faut laisser agir la nature. Toutes les fois que l'estomac a été ouvert pour donner issue à un corps étranger qui se portait au dehors, les chirurgiens ont abandonné la plaie à elle-même. L'inflammation déjà survenue la fit rapidement cicatriser.

Je ne connais aucun cas de gangrène dans la hernie de l'estomac. Sans doute on n'en a jamais observé, soit que la hernie ait lieu par un éraillement aponévrotique toujours trop petit pour laisser passer une grande partie du viscère, et toujours trop faible pour l'étrangler, soit que la hernie se trouve comprise dans un sac herniaire contenant d'autres intestins, et ayant, en conséquence, un orifice trop grand pour occasionner un étranglement.

Si la plaie de l'estomac restait fistuleuse, il faudrait avoir recours à l'autoplastie, ou, si c'était pos-

sible, séparer le viscère des adhérences qu'il a contractées, et faire la suture.

§ II.

Plaies de l'intestin grêle.

Nous avons à considérer dans l'intestin grêle deux portions, la portion fixe ou *duodénum*, et la portion flottante ou *jéjunum* et *iléon*, désignée par quelques anatomistes sous la dénomination seule d'intestin grêle.

Je n'aurai rien à dire du duodénum : sa profondeur le met ordinairement à l'abri des lésions traumatiques, quoiqu'il y ait quelques exemples de ces blessures, et elle le met toujours à l'abri des opérations chirurgicales; sa fixité le préserve des déplacements, et, par suite, des étranglements.

Il n'en est pas de même de l'intestin grêle : occupant la plus grande partie de la cavité abdominale, situé au devant de presque tous les viscères de cette cavité et dans sa portion la plus saillante, jouissant d'une excessive mobilité, il se trouve à la fois le plus exposé aux lésions traumatiques, aux déplacements et à leurs conséquences; aussi a-t-il été de tout temps, et est-il encore aujourd'hui le but de toutes les recherches sur les solutions de continuité des intestins et de toutes les opérations qui conviennent à leur guérison. L'estomac et le gros intestin ne

viennent que secondairement : on parle d'eux quand on a tout dit sur lui. Il a été soumis, tant chez l'homme que chez les animanx, à toutes les lésions traumatiques accidentelles ou volontaires, à tous les étranglements, à toutes leurs conséquences, et à toutes les opérations imaginées pour rétablir sa continuité. Comme c'est lui qui est ordinairement gangrené dans les hernies, c'est pour lui qu'ont été imaginées l'invagination et l'opération de l'anus contre nature. C'est sur lui qu'ont été appliquées les ligatures partielle et circulaire, et c'est pour fermer une de ses plaies que l'autoplastie a été essayée. Aussi tout ce que j'ai dit des opérations praticables sur l'intestin trouve-t-il son application aux solutions de continuité de l'intestin grêle ; nous ne devons en excepter que ce qui est relatif aux fistules stercorales. J'hésite presque à parler ici des opérations que réclament ses plaies, et si je ne craignais le reproche d'être incomplet, je m'en abstiendrais.

Les plaies par instrument piquant guérissent très-fréquemment seules, en les abandonnant aux soins de la nature. Cependant, lorsque l'intestin est sorti de la cavité abdominale, et qu'il existe une plaie par instrument piquant, il vaut mieux appliquer une ligature partielle que d'abandonner la plaie à elle-même, non pas pour éviter l'épanchement des matières auquel s'opposerait le bourrelet formé par la membrane muqueuse, mais pour faciliter la

réunion par l'inflammation de la membrane séreuse. On doit surtout se conduire ainsi lorsque, dans une hernie avec pincement d'une partie du diamètre du viscère, il y a une eschare, parce qu'alors il n'y a pas de bourrelet muqueux, pour les raisons que j'ai exposées.

Les plaies par instruments tranchants qui sont longitudinales, et celles qui sont transversales, mais qui n'intéressent pas tout le diamètre du tube intestinal, exigent la suture du pelletier, ou celle de MM. Jobert ou Lembert.

Les plaies par instruments tranchants qui ont coupé tout le diamètre de l'intestin nécessitent l'invagination d'après les procédés de MM. Jobert ou Denans. Dans cette opération, il faut détacher le mésentère afin de rendre les bouts d'intestin libres, et si quelque vaisseau est ouvert, il faut en faire la ligature.

Dans les plaies avec perte de substance d'une partie de la longueur du tube intestinal, il faut avoir recours à l'invagination.

Mais dans celles avec perte de substance d'une partie du diamètre transversal, et dans les plaies contuses, quelle est la conduite à tenir ? Le chirurgien doit alors enlever les parties restantes près de la perte de substance et des parties contuses, et, faisant aux deux bouts de l'intestin une plaie simple, pratiquer l'invagination. Cette opération est d'autant plus urgente dans ces sortes de cas, que la

nature n'a pas là le sac herniaire pour favoriser la formation de l'entonnoir membraneux.

Dans les hernies avec gangrène, la conduite du chirurgien doit être différente : il ne doit pas enlever les portions d'intestin sphacélées, il doit abandonner à la nature leur séparation. De cette manière, en effet, il ne contrarie en rien son travail, tandis que s'il retranche les portions d'intestin, il ramène les plaies à l'état de celles faites par un instrument tranchant. Il ne doit donc pas faire d'opération, se réservant d'en pratiquer une plus tard, si la nature ne se suffit pas à elle-même.

Quand après une plaie intestinale, un anus contre nature existe, il faut, pour le guérir, avoir recours d'abord à la méthode de Desault : si elle est insuffisante, il faut détruire l'éperon au moyen des entérotômes, et si la plaie extérieure ne veut pas se fermer, le chirurgien doit avoir recours à l'autoplastie, et y revenir plusieurs fois si plusieurs fois elle est insuffisante.

§ III.

Plaies du gros intestin.

Nous devons considérer aussi dans le gros intestin deux portions : l'une flottante, qui comprend les parties transverse et iliaque du *colon*, et l'autre fixe, qui comprend le *cœcum* et les portions lombaires

du colon. Quoique je les désigne sous le nom de fixes, ces parties peuvent cependant être déplacées dans les hernies; mais ces cas sont plus rares que les déplacements des premières portions du gros intestin.

Les plaies de cet intestin avaient été regardées curables par les anciens, tandis qu'ils pensaient que celles de l'intestin grêle étaient mortelles : aussi voit-on dans tous leurs écrits, qu'ils conseillent les sutures pour les fermer. Aujourd'hui l'on sait que les unes et les autres peuvent être aussi aisément guéries par les efforts de la nature que par ceux de l'art.

Toute espèce de suture est applicable au gros intestin, soit que la plaie résulte d'un instrument piquant, tranchant, contondant, ou d'une hernie, soit qu'elle ait une direction transversale, longitudinale ou oblique, soit qu'elle comprenne une partie de la largeur de l'intestin ou tout son diamètre. Cette dernière circonstance s'applique aux portions transversale et iliaque du colon; car, si ses autres portions, si le cœcum, si le rectum étaient coupés transversalement, il est probable qu'il existerait d'autres lésions qui seraient mortelles.

Dans les plaies par instrument piquant, la ligature partielle sera appliquée avec avantage.

Dans celles par instrument tranchant, il faut avoir recours aux sutures du pelletier, ou de MM. Jobert et Lembert.

Dans les plaies contuses ; et dans celles avec perte de substance, que doit-on faire ? Quand c'est la portion iliaque du colon qui est blessée, on peut agir comme pour l'intestin grêle ; cependant il faut être plus réservé sur les pertes de longueur que l'on peut faire subir à cet intestin. Quand c'est toute autre portion du gros intestin, si la perte de substance n'est pas considérable, on peut appliquer une suture avec crainte d'un rétrécissement, qui ici aurait moins d'inconvénient qu'à l'intestin grêle, à cause du plus grand diamètre du viscère ; mais si la perte de substance est considérable, il faut abandonner à la nature le soin de la guérison.

C'est le même parti qu'on doit prendre quand il y a hernie avec gangrène, parce que ses ressources sont supérieures à celles de l'art.

L'invagination n'est applicable qu'aux solutions de continuité de tout le diamètre transversal de la portion iliaque du colon. Les règles sont les mêmes que pour l'intestin grêle.

La ligature partielle peut être employée, comme je viens de le dire, pour toute plaie par instrument piquant du gros intestin, le rectum excepté. Mais la circulaire ne pourrait être mise en usage que pour les portions transverse et iliaque du colon. L'adhérence des autres portions la rend presque impossible, à cause du raccourcissement qui doit en résulter. Elle est inapplicable au cœcum à cause de sa forme, et au rectum à cause de sa profondeur.

L'autoplastie est une opération qui a été et qui sera encore d'une grande utilité dans les plaies du cœcum et des portions ascendante, transverse et descendante du colon, parce que les anus contre nature de ces portions devant être privés de l'éperon, les opérations ordinaires ne pourront être employées, et que le chirurgien ne devra songer qu'à fermer la plaie extérieure. Sa conduite ne peut être indiquée : elle variera selon les circonstances.

J'ai dit, dans la deuxième partie de ce travail, que les plaies du rectum nécessitaient des opérations spéciales que j'ai indiquées; je n'aurai donc pas à en parler ici. Peut-être devrais-je faire aux cas particuliers de fistules recto-vaginales et recto-vésicales l'application des opérations; mais il me semble que c'est un sujet de médecine opératoire trop différent du mien, pour que je ne me borne pas aux simples indications que j'ai données.

QUATRIÈME PARTIE.

La quatrième partie de cette thèse peut être regardée comme une des plus importantes, puisqu'il s'agit de juger les opérations que l'on peut pratiquer sur l'estomac et l'intestin.

La division que j'ai établie dans la deuxième partie doit être suivie ici. Je parlerai donc successivement de chacune des opérations, et je les apprécierai.

L'expérimentation sur les animaux vivants et l'observation sur l'homme, chez lequel on ne peut vérifier, aussi aisément que chez les premiers, les moyens que la nature emploie pour procurer la guérison des plaies intestinales, ont démontré qu'elle ne pouvait être obtenue que par les adhérences que les membranes séreuses lésées contractent entre elles à leurs surfaces, leurs lèvres étant trop minces pour se réunir. Les membranes muqueuses, tout à fait impropres à la cohésion tant qu'elles ne sont pas ulcérées, et que leurs cryptes muqueux ne sont pas détruits, n'offrent pas une épaisseur assez considérable pour que leur réunion s'opère par les faces correspondantes des lèvres de la plaie. Il en est de même de la membrane musculaire intestinale. Ainsi les parois de l'estomac et de l'intestin ne peuvent être réunies par les bords des lèvres de leurs plaies, comme on le voit à la bouche, aux joues, et même à la peau doublée seulement de tissu cellulaire. Il

faut donc avoir recours au seul moyen propre à procurer cette réunion, et ce moyen est la mise en rapport des surfaces séreuses, qui, irritées et enflammées par la plaie ou les sutures, contractent des adhérences, soit entre elles aux bords mêmes de la solution de continuité, soit avec un autre point de la surface péritonéale. Ce principe, dont nous ne trouvons aucune trace dans les anciens écrivains, est établi par les travaux de Pinel et de Bichat, et démontré, pour le tube intestinal, par les expériences de B. Travers sur les animaux vivants. En conséquence, tout procédé opératoire qui ne repose pas sur lui est défectueux et doit être abandonné.

Parmi les sutures que j'ai décrites, deux seules ne remplissent pas les conditions nécessaires à la réunion : ce sont celles de Ledran et de Bertrandi. Elles sont basées sur le principe le plus faux de mise en rapport des lèvres des plaies de l'estomac et des intestins, puisque dans l'une et dans l'autre les surfaces muqueuses sont en contact. Ces deux praticiens savaient bien qu'il y avait quelque chose de vicieux dans leurs sutures, puisqu'ils se proposaient de faire adhérer l'intestin aux parois abdominales ; mais ils ignoraient en quoi consistait le défaut de leur procédé opératoire. Si on pratique ces sutures sur le cadavre, on voit qu'elles ont pour effet de renverser la membrane muqueuse en dehors.

La suture du pelletier, et les sutures des modernes de MM. Jobert, Lembert, Denans, sont les seules

qu'on doive mettre en pratique. J'étonne sans doute beaucoup, en disant que la suture du pelletier doit être conservée. Eh bien! j'irai plus loin, je dirai qu'elle doit être préférée, et je dirai pourquoi. Quand on pratique la suture du pelletier, on produit un phénomène dont la conséquence immédiate est l'adhésion forcée, la réunion obligée des lèvres de la solution de continuité. Le fil, en passant sur ces lèvres, les renverse en dedans, les replie l'une vers l'autre : il met en contact les deux membranes séreuses; il n'est même pas possible qu'il ne le fasse pas, car l'effet immédiat de la constriction du fil est le rapprochement de ces membranes. Si vous voulez vous en assurer, pratiquez cette suture sur le cadavre. Qu'elle soit bien faite, qu'elle soit mal faite, que les points de suture soient serrés, qu'ils soient lâches, l'effet est constant; et c'est ce qui nous explique comment elle a réussi si souvent, et en toutes mains. Voici les raisons sur lesquelles je me base pour la conserver. Mais si vous pensez que ces raisons sont l'unique résultat de mon imagination, consultez Dupuytren, dans son Traité des armes de guerre. Il dit, en proposant des modifications à la suture de M. Lembert, qu'on arrive à de plus heureux résultats en passant les fils sur les lèvres de l'intestin renversé, en faisant la suture du pelletier, qui a le double avantage de tenir les lèvres de la plaie très-rapprochées dans le point où elles sont traversées par les fils, et d'empêcher, par la spirale

qu'elle décrit, ces lèvres de s'écarter entre chaque point d'aiguille. Vous pouvez décliner mon autorité, mais vous ne pouvez récuser Dupuytren, vous ne pouvez récuser huit siècles d'expérience, qui viennent vous offrir la suture du pelletier, et vous prouver son efficacité par des faits. Guillaume de Salicet, Gabriel Fallope, Glandorp, P. Travers, Laffey, Dubertrand, Richard de Hautesierk, Bourgine de l'Étang rapportent des observations de réussite de la suture du pelletier sur les intestins. Nolleson, M. le baron Larrey citent des cas de succès de la même suture sur l'estomac. Probablement que presque tous les chirurgiens qui l'ont recommandée en avaient fait usage.

Mais si je vante la suture du pelletier, il ne faut pas croire que je rejette celles de MM. Jobert et Lambert. On ne saurait, je crois, trop louer les travaux de ces expérimentateurs, et la meilleure preuve du mérite de ces travaux est l'emploi journalier qu'ils font de l'application de leurs principes. Leur exemple est suivi par les autres praticiens : tout le monde connaît cette observation donnée par M. le professeur Cloquet, d'une plaie de l'intestin de dix-huit lignes de longueur, guérie par le procédé de M. Jobert. Le même praticien a rapporté un autre cas de succès dans une hernie avec gangrène. M. Baudens a employé avec réussite la suture de M. Lembert. Nous avons d'autres observations éparses

dans les recueils périodiques, et que je ne peux rapporter ici.

Il ne suffit pas de raconter des faits : il faut dire ce qu'on doit faire, quelle suture on doit préférer.

Dans une plaie de l'estomac et de l'intestin grêle par instrument piquant, j'appliquerais la ligature partielle. J'ai déjà parlé de ses succès.

Dans une plaie par instrument tranchant, quelle qu'en soit la direction, je ferais la suture du pelletier: elle est plus simple, plus facile que les autres sutures. Si je ne la jugeais pas suffisante, je choisirais celle d'après le procédé de M. Lembert, mais en conduisant mon fil comme dans la suture du pelletier ; je suivrais le conseil de Dupuytren. Je la crois plus facile à pratiquer que celle de M. Jobert, même modifiée, comme on le lit dans un mémoire de M. Fleury, sous le nom de *Suture à torsion*.

Dans une plaie avec perte de substance, dans une section complète en travers, j'y aurais encore recours.

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de retirer les fils : je crois qu'ils tombent dans l'intestin, et sont rendus par les selles quand l'agglutination des lèvres de la plaie a eu lieu. Et si j'avais à pratiquer cette opération, je les abandonnerais; mais jamais je ne ferais la suture du mésentère, comme l'a pratiquée M. Dieffenbach, parce que le fil ne peut tomber dans l'intestin, et que restant dans l'abdomen, il peut donner lieu à la suppuration, comme le prouve l'observation de ce praticien. Au surplus les expériences de B. Travers

viennent à l'appui de ce que j'avance. Ne retirant pas les fils, il devient inutile d'en mettre de deux couleurs, comme le recommandent Soolingen, Béclard, M. le baron Larrey.

Lorsque la suture ne peut être pratiquée, cas que que je crois très-rare, il faut avoir recours à l'invagination. Cette opération doit, suivant moi, être un cas extrême à cause des difficultés qu'elle présente. Le renversement de la muqueuse, qui, d'après une observation très-exacte de M. le baron Larrey, existe à un très-haut point chez l'homme comme chez les animaux, est le premier obstacle que nous trouvons; il est quelquefois impossible à surmonter, et toujours très-difficile à vaincre: j'ai dit, en parlant de mes expérimentations, combien il était grand. Le deuxième obstacle que nous trouvons est le resserrement produit par les membranes séreuse et musculeuse, qu'on ne peut faire cesser qu'à grand'peine, parce qu'il résulte de la contraction des fibres musculaires circulaires. Le troisième obstacle est cette contraction même qui, dans quelques cas, et j'en ai cité, est plus grande dans le bout inférieur que dans le supérieur. Enfin, dans les hernies avec gangrène, dont je m'occuperai plus bas, il est un quatrième obstacle que je dois noter de suite: c'est la dilatation du bout supérieur de l'intestin. Elle dépend de la distension de ce bout par les gaz retenus pendant l'étranglement. Nous lisons dans l'ouvrage de mon père que, dans l'essai

d'invagination qu'il a fait sur l'homme, cette dilatation fut un des principaux obstacles, et qu'il a été forcé de plier les membranes intestinales pour achever l'opération. Ce sont toutes ces considérations qui m'engagent à la rejeter. Si cependant un chirurgien croyait devoir la pratiquer, je lui conseillerais de suivre la méthode de M. Jobert, malgré le triple inconvénient du double renversement et de l'invagination; mais ce procédé est le seul rationnel.

Dans l'anus contre nature, il faut, avant de se décider pour une opération, examiner avec grand soin quelle espèce d'anus on a à traiter. En effet, deux sortes d'anus contre nature se présentent; dans l'un, les bouts d'intestin accolés, parallèles comme les canons d'un fusil double, selon l'expression de Physick et d'Astley Cooper, donnent un éperon qui a quelquefois près de deux pouces, et peut-être plus; dans l'autre, il n'y a pas d'éperon : il existe une ouverture latérale à l'intestin. Le premier cas s'applique à l'intestin grêle, à la portion iliaque du colon, peut-être au colon transverse; le second est propre au cœcum, aux portions ascendantes et descendantes du colon, probablement souvent à sa portion transverse, et très-rarement à l'intestin grêle. Quand il n'y a pas d'éperon, il n'y a pas d'autre opération à faire que l'autoplastie de la plaie extérieure, ou sa suture. Tel était le cas d'un homme que j'ai observé, chez lequel l'introduction de mè-

ches occasionna une péritonite, et qui ne voulut pas se soumettre à l'autoplastie. L'anus contre nature, survenu à la suite d'une hernie avec gangrène, avait subi plusieurs cautérisations et plusieurs sutures qui l'avaient agrandi. Quand il y a un éperon, on peut essayer la méthode de Desault, ou l'espèce de bilboquet à croissant que l'on a proposé pour remplacer la mèche de Desault. Ces moyens ne conviennent que contre les éperons peu saillants, car si celui-ci est très-aigu, il faut absolument le couper, soit par la ligature, soit par la gangrène, soit par l'instrument tranchant. Quel est le meilleur moyen? La ligature me paraît mauvaise; elle agit sur une petite surface; il faut y revenir; elle peut être suivie d'épanchement, si l'adhérence ne se fait pas promptement, surtout si l'éperon est peu marqué. Je préférerais l'entérotome de MM. Liotard, Blandin, Reybard, Lotz, à ceux de Dupuytren et de Delpech, parce qu'ils font une plus grande perte de substance. Je ne peux donner à cet égard des observations comparatives qui me soient propres, car depuis vingt ans que j'ai suivi la pratique de mon père, ou pratiqué moi-même la chirurgie, je n'ai jamais eu occasion de voir, à la suite de l'opération de la hernie, des anus contre nature qui aient nécessité une opération; toutes les fois que la gangrène survenue n'a pas produit des accidents qui ont fait périr les malades, ces anus temporaires ont guéri par

les seules forces de la nature. Je crois que les différences dans la forme de l'éperon peuvent avoir quelque influence sur le choix de l'instrument; or, ces différences étant personnelles, il est impossible de les indiquer. Si j'avais opéré un anus contre nature, dès que l'entérotome serait tombé, je mettrais dans l'intestin des mèches dont j'augmenterais successivement la grosseur; ce serait, je pense, un moyen d'empêcher le rétrécissement du diamètre de l'intestin, comme on l'a observé quelquefois.

La ligature partielle doit être employée dans les cas que j'ai indiqués plus haut. Doit-on avoir recours, dans les plaies transversales et dans celles avec perte de substance, à la ligature circulaire de tout le diamètre de l'intestin? C'est un point de doctrine qui ne me semble pas suffisamment éclairé chez l'homme. Dans ces derniers temps, des doutes ont été élevés sur l'opération pratiquée par Rhamdohr, et c'est pour cela que j'ai cité le texte latin, qui dit: *Ope fili leniter constricti;* mais rien, dans l'observation ni dans la scholie qui la suit, ne vient en preuve de cette opinion, quoique Moëbius dise qu'il a essayé sans succès cette méthode sur des chiens. Il est bien plus probable que la cicatrisation s'est simplement faite par l'adhérence des bouts de l'intestin à la paroi abdominale, comme cela arrive si souvent, et comme on l'a observé dans l'autopsie de la femme opérée par Rhamdohr. Ce cas a été favorable à la réputation de cette méthode, car, dans beaucoup d'autres,

les praticiens et les expérimentateurs ayant essayé la méthode de Rhamdohr, ont vu des épanchements se faire dans la cavité abdominale, et occasionner la mort. Je crois donc que, malgré les expériences heureuses de B. Travers, on ne doit pas employer ce moyen chez l'homme, et qu'on doit préférer les sutures et l'invagination.

L'autoplastie est un bon mode thérapeutique, auquel on doit avoir recours dans les cas d'anus contre nature sans éperon, si la suture des lèvres de la plaie extérieure est insuffisante. Il est impossible de donner des règles à son égard : les circonstances existantes doivent guider le chirurgien, et la lecture des observations de ce genre d'opération est nécessaire pour lui faire apprécier quelle espèce d'autoplastie convient aux cas qui se présentent.

Je n'ai parlé jusqu'à présent, à propos de l'appréciation et de la comparaison des opérations que réclament les plaies de l'estomac et des intestins, que des solutions de continuité par instruments vulnérants ; je n'ai rien dit des hernies avec gangrène, et cependant ce sont les cas les plus ordinaires : toutes les opérations décrites leur sont applicables. Ainsi, sous ce rapport, il n'existe entre elles et les plaies aucune différence; mais il y en a une très-grande sous le rapport de l'époque à laquelle on doit recourir à ces mêmes opérations. Dans les plaies de l'intestin par instruments vulnérants, la partie blessée n'est pas enveloppée d'un sac, comme dans les her-

nies, et il n'y a pas eu une inflammation antécédente qui ait fait contracter des adhérences entre l'intestin et les parties voisines : c'est de ces deux circonstances que vient toute la différence. Je m'écarterais de mon sujet si je décrivais la formation de l'entonnoir membraneux par le retrait du sac herniaire dans la cavité abdominale, et si je disais comment se forment ces adhérences, et comment elles s'opposent aux épanchements ; il me suffit de rappeler ces deux points de doctrine, pour arriver à cette conclusion, que, dans les hernies avec gangrène, le chirurgien respectera les adhérences de l'intestin aux parois du sac, et favorisera la dilatation de l'entonnoir membraneux, en donnant une nourriture abondante, et souvent des purgatifs doux, ainsi que l'ont pratiqué Pipelet et Scarpa, ainsi que je l'ai fait moi-même avec succès, et il attendra un assez long temps avant d'avoir recours à une opération, parce que la nature, plus habile que lui, guérit souvent les malades dont les jours peuvent être compromis par une opération intempestive.

J'ai indiqué les opérations qui peuvent être faites sur le rectum, dans les cas de fistules stercorales et de fistules recto-vésicales et recto-vaginales : je dois donc entrer ici dans quelque discussion à leur égard. Je n'approfondirai pas le sujet de ces deux dernières sortes de fistules ; j'ai déjà fait observer que c'est un point de doctrine tout à fait à part, et dont je n'ai en quelque sorte parlé que pour mémoire. Je dirai seu-

lement que la suture, quoique difficilement applicable à cause du peu d'épaisseur des parties, peut être mise en usage, mais que le succès de son emploi est douteux. Quant aux cautérisations, je répéterai ce que j'ai avancé dans une autre partie de ce mémoire : on doit être très-réservé sur la cautérisation avec le fer rouge, qui fait toujours une perte de substance, et, par conséquent, agrandit la plaie quand elle ne réussit pas. Elle est donc plus nuisible qu'utile.

Quant aux fistules stercorales, je ne comprends pas que dans l'état actuel de la science, on puisse ne pas admettre exclusivement l'opération par incision. Cette opération, lorsque le pansement est bien fait, réussit constamment. Je n'ai jamais vu un insuccès entre les mains de mon père et entre les miennes. Doit-on, dans tous les cas, exciser les bords de l'incision pratiquée ? Non. Il ne faut avoir recours à cette excision des bords que dans les cas où la peau, décollée et amincie par l'abcès qui a précédé la fistule, n'est pas susceptible de se réunir aux parties voisines. Aussi doit-on admettre en principe que l'opération ne sera jamais pratiquée immédiatement après l'ouverture de l'abcès, parce qu'on s'exposerait à rendre grave une opération qui plus tard deviendra simple. Au surplus, ces excisions ne seront jamais étendues : on pourrait faire une plaie incurable, comme je l'ai vu une fois.

Je terminerai en disant que je n'ai pas cru devoir parler d'une plaie de l'anus et du rectum, qui a des

conséquences très-graves, mais qui se rattache également aux plaies du vagin et du périnée : c'est la déchirure complète du périnée dans les accouchements. Je crois que j'aurais donné trop d'extension au mot *plaie de l'intestin* en m'occupant de cette maladie.